

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THÈSE

335

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

2 DEC 1942

Antoine, Marie BERVEILLER

Né le 27 Septembre 1916 à Paris

**Contribution à l'étude
du cancer de la verge**

Président: LENORMANT, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Antoine, Marie BERVEILLER

Né le 27 Septembre 1916 à Paris

Contribution à l'étude du cancer de la verge

Président: LENORMANT, *Professeur*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREG (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pathologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Otô-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.
 HUGNENIN ... Anatomie Pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..		BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR	Clinique médicale.	LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G)..		QUENU	
LIAN		FEY	
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 novembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A mon maître le Professeur LENORMANT

*à qui je dois le sujet de cette thèse, en
témoignage de ma grande reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE

Henri ROUVIERE

Emile SERGENT

Paul HALBRON

Henri MONDOR

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Pierre DUVAL

Paul HARVIER

Paul HALBRON

LEREBoullet

LAMBLING

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT
ET D'INTERNAT

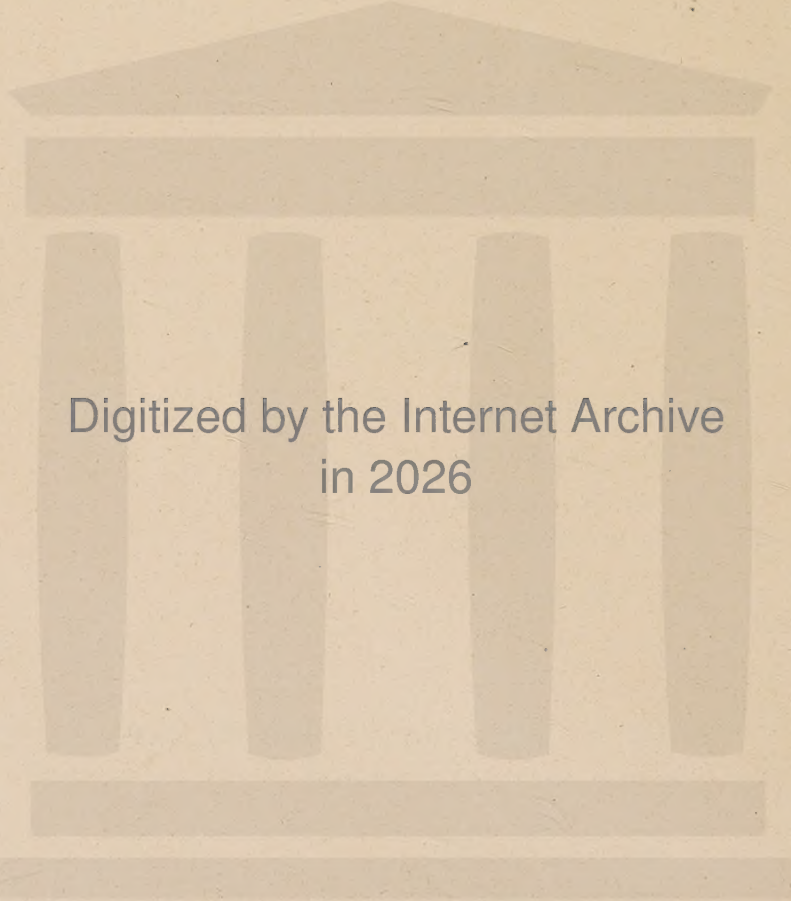
Jean-P. CALVET

Fred SIGUIER

Jean MATHEY

LAPLANE

MALLARMÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552808_0042

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'insister sur quelques points de l'anatomie pathologique et de l'étiologie du cancer de la verge, ainsi que sur les difficultés du diagnostic et sur les indications thérapeutiques, à propos de 19 observations, dues à M. le Professeur Lenormant, dont 9 inédites.

CHAPITRE PREMIER

Le cancer de la verge est celui qui naît dans la muqueuse du gland, du sillon balano-préputial et de la face profonde du prépuce; ou dans la peau du prépuce et du fourreau; ou dans les corps caverneux, à l'exclusion du cancer de l'urètre pénien.

Il y a des cancers conjonctifs (sarcome, endothéliome, myosarcome, mélanome), mais les cancers épithéliaux sont seuls fréquents.

Ce sont des épithéliomas pavimenteux malpighiens spinocellulaires (cancers de la peau ou de la muqueuse leucoplasique); basocellulaires (cancers de la muqueuse du gland ou du méat); ou mixtes, très souvent.

Nous rapportons un cas (observation n° 17) de cancer secondaire à un néoplasme du rectum et présentant l'aspect d'un épithélioma cylindrique du type intestinal colique.

CHAPITRE II

Le cancer de la verge est assez rare en Europe (3 % des cancers).

Il se voit surtout dans les services d'urologie et de vénéréologie.

Il s'observe chez des sujets âgés : sur 18 cas que nous rapportons, 13 cas intéressent des sujets de plus de 50 ans et dont 7 ont dépassé 70 ans.

Dans certains pays chauds, il est très fréquent : 10 % des cancers dans la population hindoue de l'Inde; 10 % en Indochine, et il y est très fréquent chez les jeunes.

L'importance étiologique du phimosis est mise en évidence par les statistiques : « Il agit par l'absence de soins d'hygiène et de propreté et les irritations locales qui en résultent. »

Il est, d'autre part, une série de lésions qui peuvent dégénérer et devenir du cancer : ce sont les papillomes, la leucoplasie et la maladie de Paget du gland.

Le cancer peut aussi se développer sur une cicatrice de blessure, de déchirure du frein ou sur une cicatrice de chancre. Quant à la coexistence de cancer de la verge et de cancer du col utérin (cancer conjugal), il semble bien que le nombre de cas observés soit infime.

CHAPITRE III

Au début, le cancer de la verge se localise le plus souvent au sillon balano-préputial ou au gland; parfois au fourreau; rarement au prépuce, au méat, ou aux corps caverneux : dans 11 cas de cancer primitif de la verge rapportés ici, le point de départ du cancer était 4 fois au gland, 4 fois dans le sillon balano préputial, 3 fois au ford libre du prépuce.

Il faut aussi noter la possibilité de foyers multiples, se développant sur des papillomes, ou sur une leucoplasie. L'aspect initial est celui d'une érosion ou d'une ulcération du prépuce; ou de végétations d'aspect verruqueux ou papillomateux, rouge brillant, velouté, simulant un papillome.

On peut ne percevoir qu'une plaque indurée sous un phimosis; ou encore assister à la dégénérescence d'une leucoplasie du gland. En tout cas, deux signes sont caractéristiques : le saignement au contact et l'induration. L'évolution locale diffère selon qu'il s'agit d'une forme ulcéreuse ou d'une forme bourgeonnante — toutefois les troubles fonctionnels sont toujours tardifs (douleurs, gêne mécanique de la miction) tandis que l'infection est constante, « tout cancer de la verge est un cancer in-

fecté » — comme en témoignent la suppuration et le sphacèle des bourgeons. L'extension sur place se fait en surface dans le cancer du fourreau et en profondeur dans le cancer du gland ou du sillon balano-préputial.

L'extension par voie lymphatique se fait dans les ganglions demeure habituellement intact. Le scrotum et la paroi abdominale ne sont envahis que très tardivement — par la tumeur primitive ou par l'adénopathie cancéreuse.

L'extension par voie lymphatique se fait par les ganglions inguinaux superficiels, en particulier dans le groupe supéro-interne pour une tumeur des téguments de la verge. Les lymphatiques du gland vont aussi aux ganglions inguinaux superficiels ou aux ganglions inguinaux profonds — parfois aux ganglions de la chaîne iliaque externe ou de la chaîne hypogastrique (Rouvière). Les lymphatiques des organes érectiles vont aux ganglions inguinaux superficiels du groupe supéro-interne et parfois aux ganglions inguinaux profonds et aux ganglions rétro cruraux.

L'adénopathie semble constante : elle est cliniquement perceptible dans 17 cas sur 18 cas de cancer primitif de la verge rapportés ici (14 fois bilatérale, 3 fois unilatérale).

De ces adénopathies, certaines sont purement inflammatoires et rétrocedent après ablation de la tumeur primitive. Dans un cas, la suppuration fut même observée.

Mais beaucoup de ces adénopathies sont cancéreuses et on doit conclure avec Lenormant « que, dans tout

cancer de la verge, les ganglions des deux côtés doivent être considérés comme suspects ».

Considérant la rareté de la généralisation du cancer de la verge, dont nous avons rappelé la tendance à l'extension locale et à l'envahissement lymphatique, Lenormant souligne l'analogie entre son évolution et celle des épithéliomas de la muqueuse bucco-pharyngée, dont les récurrences après exérèse sont également fréquentes.

CHAPITRE IV

Le diagnostic n'est difficile qu'à la période de début : il faut distinguer les formes ulcérées d'un chancre syphilitique ou d'une gomme ulcérée, d'un chancre mou ou d'une ulcération tuberculeuse.

Les formes végétantes doivent être distinguées d'un papillome et, parfois, seul l'examen microscopique permet de trancher avec plus ou moins de certitude.

Les lésions dissimulées par un phimosis irréductible sont d'un diagnostic encore plus délicat et — dans le cas rapporté ci-dessous — un malade fut amputé pour une lésion de syphilis primaire, seulement reconnue à l'examen microscopique :

« Cat..., 66 ans, entré le 18 mars 1936. Un phimosis empêche de découvrir le gland, mais laisse voir les végétations néoplasiques. Petits ganglions inguinaux superficiels, surtout à droite, durs, sans caractère inflammatoire.

« Anesthésie générale à l'éther. Amputation de la verge à l'union du tiers moyen et du tiers postérieur.

« Pièce : cancer du gland, prépuce intact (quelques plaques de leucoplasie sur la face muqueuse).

« Examen microscopique : lésions inflammatoires sub-aiguës très intenses, ayant en de nombreux points (prépuce surtout) des analogies avec un accident de syphilis primaire. »

La règle semble donc être de se méfier du phimosis survenant après 50 ans, de faire toujours la circoncision, d'examiner les lésions et de faire, en cas de doute une biopsie.

A la période d'état, le diagnostic est évident. Il s'agit surtout, à ce stade, d'apprécier l'étendue du cancer et l'état des ganglions.

CHAPITRE V

Le pronostic est diversement apprécié : pour certains, c'est un « bon cancer » qui, comme les cancers de la peau, a une évolution lente (survie moyenne de 3 ans).

Mais nous avons vu que la fréquence des récidives locales et ganglionnaires permet plutôt de rapprocher le cancer de la verge des cancers malpighiens de la muqueuse buccale — l'infection secondaire étant d'ailleurs un facteur aggravant.

Le traitement chirurgical par l'exérèse est pratiqué selon diverses méthodes : l'amputation simple se fait dans la continuité de la verge ou à la racine.

L'amputation de la verge avec curage ganglionnaire bilatéral des aines se fait par incisions séparées ou en bloc.

L'amputation élargie avec ablation totale des corps caverneux est suivie d'une urétrostomie périnéale.

L'émasculatation totale semble inutile, car jamais la récidive ne se produit dans les testicules ou dans le scrotum.

L'extirpation bilatérale des ganglions est logique, puisque ces ganglions sont toujours suspects. Elle doit porter sur les ganglions inguinaux profonds et rétro cru-raux — voire iliaques externes.

Théoriquement, elle doit être faite en un bloc, avec la tumeur, mais elle aggrave le pronostic par les risques d'infection; et, d'autre part, le curage ganglionnaire ne paraît pas modifier beaucoup les résultats éloignés; aussi Lenormant croit-il « qu'il est plus prudent, au moins chez les sujets âgés, de ne pas tenter l'exérèse, en une seule séance et en bloc, de la tumeur et des ganglions » et « qu'il est plus sage de laisser s'écouler cinq ou six semaines entre l'amputation de la verge et l'ablation ganglionnaire ».

La radiothérapie est inactive, mais la curiethérapie peut être associée à l'action chirurgicale.

Toutefois, les cancers spinocellulaires et mixtes sont habituellement radiorésistants et, si les irradiations guérissent sans mutilation, elles exposent aux sténoses du méat.

On peut faire la curiethérapie pure, sur la verge et sur les ganglions, et employer l'électro-coagulation pour les tumeurs radio-résistantes.

On peut aussi faire la curiethérapie sur la verge, suivie d'une amputation, puis la radiothérapie sur les ganglions, ou l'amputation primitive de la verge suivie de la curiethérapie des régions inguinales au moyen d'appareils moulés.

Les résultats de la curiethérapie seule paraissent excellents pour les cancers pris au début.

Pour les cancers plus avancés, « l'amputation de la verge conserve ses indications : opération simple, rapide,

non choquante, elle est parfaitement supportée, même par des sujets très âgés : elle supprime immédiatement et radicalement le foyer cancéreux primitif; avec quelques précautions de technique, elle assure une bonne perméabilité du nouveau méat urinaire et, si l'on a pu conserver quelques centimètres de l'organe, la miction se fait normalement.»

En conclusion, il apparaît que :

1° lorsqu'il ne représente pas lui-même la métastase d'une autre tumeur, — comme nous en rapportons un exemple, — le cancer de la verge n'a pas de tendance à la généralisation mais tend, par contre, à envahir la totalité de l'organe et de son système lymphatique;

2° le diagnostic du cancer de la verge est souvent difficile, surtout dans les formes dissimulées par un phimosis irréductible, mais on ne doit pas, dans ces cas, décider l'amputation avant la circoncision, suivie d'un examen des lésions et d'une biopsie;

3° la curiethérapie peut suffire à enrayer l'évolution des cancers au début mais l'amputation de la verge reste indiquée dans les cancers plus avancés, suivie de l'ablation chirurgicale des ganglions ou de la curiethérapie des régions inguinales.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
LENORMANT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

RESUME DES OBSERVATIONS
DUES AU PROFESSEUR LENORMANT
RAPPORTEES PAR LE D^r BOITEAU
DANS SA THESE (PARIS, 1927)

I. — Malade de 42 ans. Le 26 août 1906.

Cancer végétant en choux-fleur du gland et de la moitié antérieure de la verge. Gros comme deux points (une ulcération était apparue 5 mois auparavant).

Gros ganglions.

Amputation 10 à 12 mm. en avant du pubis.

Curage bilatéral (ganglions inflammatoires).

Sort guéri. Pas de renseignements.

II. — Malade de 59 ans. Le 4 mars 1919.

Epithélioma de la verge.

Curage bilatéral. Amputation de la verge au tiers postérieur. Pas de renseignements.

III. — 72 ans. Le 29 mars 1919.

Epithélioma de la verge.

Curage bilatéral. Amputation moyenne.

Décédé (date et circonstances inconnues).

IV. — 40 ans. Le 18 juillet 1919.

Cancer végétant du gland et du prépuce.

Adénopathies ulcérées à gauche.

Evidement ganglionnaire à gauche, puis à droite.

Amputation.

Hémorragies secondaires. Mort.

V. — 66 ans. Le 21 mai 1921.

Cancer de la verge.

Amputation à la racine.

Les lésions ont dépassé la racine de la verge (1 cm.).

Mort.

VI. — Le 28 mars 1922.

Cancer en chou-fleur du gland et du prépuce.

Amputation de la verge à la racine.

Evidement ganglionnaire gauche.

Survie de 5 ans — au moins.

VII. — 87 ans. Le 5 novembre 1923.

Cancer végétant du gland.

Amputation de la verge.

Décédé (date et circonstances inconnues).

VIII. — 52 ans. Le 25 novembre 1924.

Epithélioma végétant.

Amputation de la verge.

Mort le 18 décembre.

IX. — 77 ans. Le 12 mars 1925.

Tumeur du bord libre du prépuce et de la face dorsale du gland.

Ablation de la tumeur.

Récidive locale, 6 mois après.

X. — 62 ans. Le 7 avril 1927.

Epithélioma ulcéré du sillon balano-préputial.

Envahissement des corps caverneux.

Curage bilatéral.

Amputation de la verge au ras du scrotum.

Examen microscopique : épithélioma baso-cellulaire (développé aux dépens du méat?).

En bonne voie, le 10 mai.

OBSERVATIONS INEDITES

XI. — Oud..., Léon, manœuvre.

Entré le 10 février 1933 pour un cancer du prépuce en trois foyers distincts, développés certainement sur des papillomes.

Deux des tumeurs ont encore l'aspect papillaire, l'autre a perforé le prépuce.

Le gland n'est pas envahi, mais il y a tout le long du sillon et sur une partie de la surface du gland des végétations papillomateuses, pour la plupart très petites, mais quelques-unes atteignant le volume d'un pois. Petits ganglions durs dans les deux aines.

Opéré le 27 février. Schleich.

1° Ablation large du prépuce, mordant assez loin du côté dorsal sur le fourreau de la verge.

Les trois tumeurs principales sont ainsi enlevées et on détruit au galvano-cautère les végétations du sillon balano-préputial et du gland.

Suture de la tranche cutanée à la muqueuse du sillon et même du gland;

2° Curage ed l'aine droite où l'on trouve de nombreux ganglions. Hémostase. Réunion par surjet de soie. Drain.

Sorti le 12 avril.

XII. — Duse..., Jules, 74 ans. Entré le 27 janvier 1934.

Volumineux cancer de la verge, ulcéré et suppurant, ayant envahi le prépuce et le gland sans qu'il soit possible de reconnaître le point de départ exact.

L'induration des corps caverneux s'étend jusqu'à mi-hauteur de la verge. Petits ganglions durs dans les deux aines.

Opéré le 2 février. Evipan sodique.

Amputation de la verge à sa racine. Section première de l'urètre. Section des corps caverneux en zone saine. Ligature des artères caverneuses. Surjet de catgut sur l'albuginée des corps caverneux. Débridement de la paroi inférieure de l'urètre sur environ 15 mm. et fixation de la tranche urétrale à la peau par des fils de lin.

Sonde à demeure.

Examen microscopique : épithélioma malpighien spino-cellulaire para-kératosique.

Sorti le 13 février.

Revu en parfait état de santé le 12 janvier 1938.

XIII. — Bri..., Emile, 47 ans. Entré le 4 avril 1936.

Enorme néoplasme de la verge (petit chou-fleur). Pas d'infiltration des corps caverneux à la racine de la verge. Gros ganglions inguinaux bilatéraux.

Opéré le 6 avril. Ether.

Amputation au ras du pubis.

Examen microscopique : épithélioma spino-cellulaire peu kératinisant, avec important remaniement inflammatoire aigu.

Sorti le 15 mai.

XIV. — Sde..., Gustave, 52 ans. Entré le 8 juin 1936.

Malade de M. le Professeur Sézary.

Gros épithélioma de la verge ayant débuté probablement dans le sillon. Végétations bourgeonnantes à l'orifice préputial.

Le prépuce est très épaissi, induré, violacé, avec deux perforations par où font saillie des bourgeons néoplasiques.

Le fourreau est infiltré presque jusqu'à la racine mais l'urètre et les corps caverneux paraissent intacts.

Adénopathie inguinale bilatérale : petits ganglions durs sans caractère inflammatoire.

Opéré le 10 juin. Ether.

Amputation : section circulaire de la peau à la racine de la verge. Section des corps caverneux et de l'urètre environ 1 cm. plus loin.

Surjet sur les corps caverneux. Hémostase.

L'orifice urétral, après agrandissement par section médiane inférieure, est fixé par une couronne de points à la

lèvre supérieure de l'incision cutanée, de façon à éloigner le plus possible le nouvel orifice des bourses.

Le reste de l'incision est suturé.

A l'examen de la pièce : envahissement diffus du prépuce et des couches superficielles du gland.

Examen microscopique : image d'interprétation difficile, papillome avec importante réaction inflammatoire subaiguë du conjonctif.

Quelques images permettent de plaider en faveur d'un épithélioma papillaire.

Sorti le 4 juillet.

XV. — P..., Denis, 56 ans. Entré en novembre 1936.

Epithélioma du prépuce à type verruqueux vérifié par la biopsie. (Chevallier).

La tumeur est née sur le limbe préputial, mais elle s'est étendue à la face profonde et on sent un petit noyau dur dans la région du frein.

Pas de ganglions cliniquement perceptibles.

Opéré le 27 novembre.

On commence par fendre le prépuce pour examiner les lésions profondes : il y a de multiples petites tumeurs d'aspect papillomateux sur la face muqueuse du prépuce et des noyaux dans le fond du sillon qui fait corps avec le gland.

Celui-ci présente, en outre, quelques plaques de leucoplasie.

On se décide à faire une amputation de la verge immédiatement en arrière du gland.

Suture des corps caverneux au catgut.

Suture de la peau et fixation de l'urètre par des soies fines.

Examen microscopique : à la limite entre le papillome et l'épithélioma papillaire.

Importante réaction inflammatoire.

Sorti le 13 décembre.

XVI. — Al..., Firmin. Entré le 14 novembre 1938.

Malade du Professeur Sézary.

Début préputial, ulcérations perforantes du prépuce à travers lesquelles on aperçoit le gland qui semble normal.

Adénopathie des deux aines, plus volumineuse à gauche. Opéré le 18 novembre. Ether.

1° A gauche, puis à droite, curage ganglionnaire de l'aine.

A gauche, le ganglion le plus volumineux se rompt : il en sort une masse d'aspect sébacé.

L'extirpation paraît complète des deux côtés.

Suture de la peau sur un drain.

2° On fend d'abord le prépuce pour examiner le gland : la tumeur a envahi le sillon et impose l'amputation qui est faite à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs.

Hémostase. Surjet de catgut sur l'albuginée des corps caverneux.

Fixation de l'urètre à la peau, après incision de la paroi inférieure du canal sur 1 cm.

Suture cutanée au fil de lin.

Examen microscopique : épithélioma spino-cellulaire à globes cornés du prépuce et du sillon.

Métastase ganglionnaire avec kératinisation massive dans le plus volumineux ganglion. Nombreuses mitoses.

Sur les cinq autres, un seul présente une petite métastase.

Sorti le 26 décembre.

Revenu le 12 juillet 1939 avec une grosse tumeur ganglionnaire dans l'aine gauche, fistulisée. Rien à droite.

XVII. — Fo..., Pierre, 73 ans. Entré le 28 avril 1939.

Malade auquel on a fait un anus iliaque pour un énorme cancer inopérable du rectum, bas situé.

Présente, au niveau de la face dorsale de la verge un noyau métastatique dans les corps caverneux, noyau très dur, douloureux et tendant à encercler l'urètre et rendant la miction de plus en plus difficile.

Opéré le 1^{er} mai. Ether.

On essaie d'abord d'enlever la tumeur seule, en conservant une partie des corps caverneux, mais l'infiltration oblige à pratiquer une amputation totale. Le malade présente, en outre, une vertèbre ivoire dans la région lombaire.

Examen microscopique : métastase d'un épithélioma ganglionnaire très cylindrique, type intestinal colique.

Assez nombreuses mitoses.

Sorti le 6 juin.

XVIII. — Cad..., Gabriel, 40 ans. Entré le 11 mai 1939.

Malade du Professeur Sézary.

Cancer de la verge chez un homme présentant un phimosis congénital.

Tumeur ulcérée du limbe préputial. Verge en battant de cloche. Il est impossible de vérifier l'état du gland. La partie postérieure de la verge est saine dans l'étendue de 2 ou 3 travers de doigt.

Adénopathies bilatérales des aines, plus marquée à gauche (petits ganglions durs).

Opéré le 17 mai. Ether.

On fend le prépuce sur la face dorsale et on constate que la tumeur a envahi à la fois le gland, la face muqueuse du prépuce et le sillon.

Amputation de la verge à 2 travers de doigt de sa racine. Suture des corps caverneux.

Fixation de l'urètre à l'angle inférieur de la plaie par des surjets de soie.

Examen microscopique : épithélioma para-malpighien (origine urétrale?). Très nombreuses mitoses et monstruosité. Stroma dense, inflammatoire.

Sorti le 1^{er} juin.

XIX. — Lef..., Henri, 74 ans. Entré le 19 juin 1939.

Malade du Professeur Sézary.

Cancer de la verge volumineux, ayant envahi le gland et le prépuce.

Un petit ganglion dur dans la région inguinale gauche.

Opéré le 22 juin : amputation de la verge.

On conserve un moignon de 3 cm.

Suture des corps caverneux au catgut.

Fixation de l'urètre à la peau par des fils de lin.

Examen microscopique : épithélioma spino-cellulaire très peu kératinisant, avec très important remaniement inflammatoire.

Sorti le 6 juillet.

